

Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira

AFFECTION IN ELDERLY CARE FROM THE NURSES' PERSPECTIVE

AFECTIVIDAD EN EL PROCESO DE CUIDADO DEL ANCIANO, EN LA COMPRENSIÓN DE LA ENFERMERA

Teresa Cristina Prochet¹, Maria Julia Paes da Silva², Dejanete Mendes Ferreira³, Viviane Canhizares Evangelista⁴

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever, na visão da enfermeira, o significado do cuidado efetivo/afetivo, os fatores de interferência e o aprendizado promovido pela convivência com o idoso hospitalizado, bem como a percepção de sentir-se ou não preparada para cuidar. Estudo qualitativo desenvolvido com enfermeiras de um hospital do interior paulista. Entre as descobertas, identificou-se que o significado sobre a promoção do cuidado efetivo/afetivo envolve o conhecimento do cliente em seu contexto social; extrapola o cuidado técnico e envolve o atendimento das necessidades do cliente. As interferências na convivência com os idosos foram as ligadas à própria condição do idoso, à dinâmica do trabalho e às adaptações ambientais e administrativas. Todas as entrevistadas informaram que, embora se sintam preparadas, percebem a necessidade de estudar melhor a área de geriatria e gerontologia. O cuidado percebido como adequado e de qualidade é o que engloba técnica, conhecimento e o saber conviver com paciência e atenção.

DESCRIPTORES

Idoso
Hospitalização
Cuidados de enfermagem
Comunicação
Enfermagem geriátrica

ABSTRACT

The objective of this study was to describe, from the nurses' perspective, the meaning of effective/affectionate care, the interference factors, and the learning promoted from dealing with elderly inpatients, as well as their perception of feeling ready or not to engage in caring. This qualitative study was performed with nurses from a hospital located in the Midwestern region of the State of São Paulo. The findings show that the meaning of providing effective/affectionate care involves knowing the client within his/her social framework, while it crosses the borders of sheer technical care and encompasses fulfilling the client's needs and requirements. Interferences in dealing with the elderly refer to those situations connected with the patients' conditions, work dynamics, and environmental and management adaptations. All surveys showed that despite feeling well prepared, nurses are aware of the need to study fields such as geriatrics and gerontology to a deeper extent. Complete and quality care is only possible if it includes techniques, knowledge and the ability to deal with others with patience and attention to detail.

DESCRIPTORS

Aged
Hospitalization
Nursing care
Communication
Geriatric nursing

RESUMEN

Este estudio objetivó describir, según visión de la enfermera, el significado del cuidado efectivo/afectivo, factores de interferencia y aprendizaje promovido por convivencia con el anciano hospitalizado, así como la percepción de sentirse o no preparada para cuidar. Estudio cualitativo desarrollado con enfermeras de hospital del interior paulista. Entre los resultados, se identificó que el significado de la promoción del cuidado efectivo/afectivo involucra el conocimiento del paciente en su contexto social; extrapola el cuidado técnico e involucra la atención de necesidades del paciente. Las interferencias en convivencia con ancianos fueron aquellas relacionadas a su propia condición, a la dinámica laboral y las adaptaciones ambientales y administrativas. Todas las entrevistadas informaron que, a pesar de sentirse preparadas, percibieron necesidad de estudiar mejor las áreas de geriatría y gerontología. El cuidado determinado como adecuado y calificado es el que engloba técnica, conocimiento y saber convivir con paciencia y atención.

DESCRIPTORES

Anciano
Hospitalización
Atención de enfermería
Comunicación
Enfermería geriátrica

¹ Enfermeira. Doutora pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Integrante do Grupo de Pesquisa e Estudo sobre Comunicação em Enfermagem do CNPq. Professora Comissionada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. tcprochet@usp.br

² Enfermeira. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Comunicação em Enfermagem do CNPq. Diretora do Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. juliaps@usp.br ³ Enfermeira. Especialização em Administração dos Serviços de Saúde. Supervisora de Enfermagem da Organização Social de Saúde Santa Marcelina. São Paulo, SP, Brasil. dolceferreira@hotmail.com ⁴ Enfermeira Assistencial da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas de Marília. Professora na Área de Saúde do Adulto da Universidade de Marília. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Comunicação em Enfermagem do CNPq. Marília, SP, Brasil. vi.evangelista@gmail.com

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa, definida como aquela a partir dos 60 anos de idade, é um fenômeno mundial, ocorrendo em um nível sem precedentes. Estudos vêm sinalizando um rápido aumento do número de idosos no Brasil. A estimativa do IBGE para 2025 equivale a 15% de idosos da população total, correspondendo, aproximadamente, a 30 milhões. Esta realidade aciona questões fundamentais na implementação de políticas de saúde que requerem não só estarem ajustadas às necessidades, expectativas, preferências e direitos dos idosos como também às realidades regionais e locais e consequente uso e alocação de recursos financeiros⁽¹⁾.

Embora a maioria de idosos seja saudável e ativa, os que apresentam doenças demandam, em relação aos demais grupos etários, os serviços de saúde com maior frequência e por um período longo de tempo. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico constante e medicação contínua⁽²⁾.

Além da quantidade de consultas ampliadas, há um aumento do consumo de medicamentos, exames complementares e hospitalização. Sendo assim, o idoso acaba por constituir uma fatia representativa da clientela assistida nos hospitais. Em razão de suas peculiaridades, o tempo médio de sua permanência hospitalar é três vezes maior quando comparado a qualquer outro grupo etário⁽²⁻³⁾.

Quando o idoso sofre a hospitalização, tende a perder seu referencial principal, uma vez que muda de ambiente e passa a lidar com outras dificuldades, além das que já possui⁽²⁾. Como cliente, chega ao hospital trazendo uma carga emocional grande, pois, além da preocupação com a doença que tem, fica exposto às fragilidades próprias de sua condição e necessita adaptar-se às rotinas existentes, o que constitui estresse e sofrimento. Nessas condições, as coisas mais simples e banais revestem-se para o idoso de um caráter de gravidade antes não pensado. Além da terapêutica, exames e atendimento às necessidades físicas, deve-se considerar os aspectos emocionais, como as carências afetivas que o rondam. Daí a importância de valorizar, na relação com o idoso, a forma de interagir e comunicar-se, pois ele possui peculiaridades e sua necessidade de segurança afetiva é uma realidade que precisa ser enfrentada com habilidade.

O ambiente hospitalar também predispõe o idoso à ruptura das atividades sociais e perda da autonomia⁽⁴⁾; ele é cuidado por profissionais que nem sempre se encontram preparados tecnicamente para prestar um atendimento efetivo e/ou dispostos a estabelecerem vínculos, o que acaba promovendo insegurança emocional⁽⁵⁾.

Para que o cuidado seja concretizado de maneira eficiente, requisitos além das habilidades são necessários, como a vontade, a intencionalidade e o envolvimento, que é um ingrediente primordial para se promover a qualidade das interações pessoais e, consequentemente, com elas obter melhores resultados no que se refere à recuperação da saúde⁽⁶⁾.

Dificuldades existem e permeiam o ambiente hospitalar, porém buscar um caminho alternativo e eficaz para a satisfação das necessidades do idoso, apesar de árduo, é possível. No cuidado efetivo/afetivo, a relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito, não é de domínio sobre, mas de convivência, não é de pura intervenção, mas de interação com o outro⁽⁷⁾. O cuidado, portanto, é o fenômeno resultante do processo dinâmico de cuidar que requer capacidade de modificar o próprio comportamento frente às necessidades do outro e atitudes de honestidade, humildade, esperança e coragem. Tais requisitos são considerados qualidades essenciais para o cuidar/cuidado e *devem permear o cuidado, porém, nunca criar dependência no ser cuidado, pois o cuidador tem o dever de possibilitar ao outro o conhecimento, para que ele possa utilizar suas próprias capacidades*⁽⁸⁾.

O cuidar/cuidado não é, pois, uma tarefa ou uma relação fácil, é uma via de mão dupla, onde um (cliente) e o outro (profissional) são continuamente desafiados ao ensino, à aprendizagem, à negociação e ao diálogo conscientizado. São estes quesitos que trazem novas perspectivas para a qualificação da vida^(5,8).

Na área da saúde, é oportuno salientar que todo profissional necessita ter como base de seu trabalho as relações humanas, sejam elas com o cliente, com sua família ou com a equipe multidisciplinar⁽⁹⁾. A dimensão afetivo-expressiva, portanto, faz parte da

ação terapêutica do cuidado e pode ser explicitada pela relação de confiança, no trato com carinho, no ser gentil, no demonstrar compreensão, conversar, tocar, falar, escutar, olhar, dar força, interessar-se, aconselhar e outros⁽¹⁰⁾.

Os trabalhos de pesquisa mostram a existência de lacunas entre a concepção e a prática do cuidado; uns consideram que a qualidade do processo de cuidar está ligada à disponibilidade e às características pessoais, como variáveis que sofrem interferência da cultura (onde se está cuidando e quem é o alvo do cuidado). Alguns defendem que o uso da ética da virtude (imperativo moral) que envolve fazer o bem e manter a dignidade do indivíduo seja o foco principal do processo de cuidar⁽¹¹⁾; uns revelam que a ruptura do paradigma cartesiano clássico traz possibilidades de maior compreensão do fenômeno do cuidar, no qual a cognição (fazer) e a afetividade (ser) são dimensões dinâmicas, complexas e inseparáveis expressas pelo estar

com o outro⁽¹²⁾; outros, ainda, ressaltam que a ciência e a tecnologia cada vez mais sofisticadas vêm substituindo o estar com o cliente e obscurecendo a sua valorização como um ser bio-psico-socio-espiritual, com sentimentos e emoções⁽¹³⁾.

Neste artigo, defende-se que a prática de enfermagem precisa ser caracterizada por ações e comportamentos de cuidar com o espírito científico, a emoção, a sensibilidade e a habilidade no fazer.

A enfermeira, portanto, deve saber-saber, saber-fazer, saber-ser e saber-conviver, no qual o afeto se insere. A demonstração de afeto é identificada como sendo uma forma de expressão do cuidado que envolve amor, carinho e amizade, que são formas de atenção para com o outro e para o que se faz; pode revelar interesse, zelo e importância para com o outro⁽¹⁰⁾.

A exteriorização, seja verbal ou não verbal, das atitudes afetivo-expressivas constitui os princípios fundamentais da Enfermagem; merecem atenção e necessitam tornar-se uma prática natural no cotidiano de suas ações.

Compreender o significado do cuidado efetivo e afetivo para a enfermeira, relacionar os fatores de interferência na convivência com os idosos hospitalizados, identificar o aprendizado promovido pela convivência estabelecida entre a enfermeira e o idoso e revelar se as enfermeiras sentem-se preparadas para cuidar dos idosos foram os objetivos do estudo.

MÉTODO

O estudo foi desenvolvido em um hospital público do interior paulista, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP nº 52/2008) no período de dezembro de 2008 a abril de 2009. Participaram da pesquisa enfermeiras que exerciam atividades ligadas à assistência direta ao idoso internado e que estavam alocadas nas unidades de clínica médica e cirúrgica, representando 50% do total das enfermeiras existentes nessas unidades.

A pesquisa de natureza qualitativa contou com a técnica de entrevista baseada em um roteiro, contendo sete questões norteadoras: Qual o significado atribuído ao cuidado efetivo na enfermagem? Qual o significado atribuído ao cuidado afetivo na enfermagem? O que interfere na convivência com o idoso? O que se aprende ao conviver com o idoso? O que o idoso aprende por conviver com você? Sente-se preparada para cuidar do idoso?

O tratamento dos dados qualitativos foi realizado pela interpretação dos depoimentos, com base no método de análise de conteúdo, que é a aplicação de um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferên-

cia de conhecimentos relativos ao significado do cuidado efetivo e afetivo, no âmbito hospitalar e suas interferências⁽¹⁴⁾.

Para isso, foram feitas transcrições das gravações e, posteriormente, a leitura e escuta das mesmas, tantas vezes quantas fossem necessárias. Na ocasião, destacou-se a essência do discurso, e a definição dos títulos das categorias emergiu.

RESULTADOS

As enfermeiras entrevistadas tinham em média 38 anos de idade, eram mulheres casadas, tinham filho, eram formadas, em média, há 14 anos. Todas relataram gostar e sentiam-se satisfeitas em trabalharem naquela unidade, cuja média era de oito anos, e possuíam outro vínculo empregatício, perfazendo uma carga de trabalho semanal de 60 horas.

Com base na análise dos conteúdos dos discursos das enfermeiras — o significado sobre a promoção do cuidado efetivo na enfermagem —, foram construídas três categorias: *a) envolve o conhecimento do cliente em seu contexto social; b) extrapola o cuidado técnico; c) envolve o atendimento das necessidades do cliente.*

A primeira categoria — *envolve o conhecimento do paciente em seu contexto social* — abrangeu a importância dada ao observar o cliente em seu contexto familiar, e não só no momento no qual se encontra; saber de suas condições sociais e financeiras; o que fez ter necessitado da internação; identificar a dieta e os tratamentos que realiza. Eis um discurso que ilustra:

Eu acho que a enfermagem precisa conhecer o paciente de jeito que veja também onde ele mora, o que ele faz; como vive com sua família e quais as dificuldades que possui, pois, muitas vezes, eles não têm condições de comprar os remédios que precisam... (E1).

Já na categoria *extrapola o cuidado técnico*, a ênfase foi dada no promover cuidado que exige não só as habilidades técnicas, mas também que valorize o estar com o cliente nos mais variados momentos e, ainda, a importância de conversar com ele.

Eu sei que o trabalho é conjunto, mas nem sempre temos o profissional que precisamos, hoje, por exemplo, tem um paciente que está muito depressivo e que precisa da psicóloga, mas ela não está. Então, eu preciso fazer do meu jeito, me envolver de forma que seja efetiva no que ele precisa. Vou lá e converso com ele, porque ele não precisa de curativo, ele precisa de atenção, de alguém que esteja com ele (E3).

Não basta saber fazer tudo certo, precisa ter outros ingredientes, às vezes, o que ele precisa é um tempinho de conversa (E5).

A categoria *envolve o atendimento das necessidades do cliente* identificou-se com a importância dada ao diag-

nóstico dos problemas do cliente; a determinação das prioridades; o suprimento das necessidades com ou sem a participação do cliente, tendo em vista a resolução de problemas, e a providência de encaminhamentos.

Tentar, pelo menos, suprir as necessidades, todas as necessidades, precisa abranger tudo. Procuro resolver tudo, se está com dor, eu tenho que dar o remédio; se está com dificuldade de se alimentar, tenho que ajudar; se há necessidade de uma interconsulta, preciso pressionar o médico, do contrário, não sai. Pena que nem sempre consigo fazer tudo, então, priorizo a coisa (E1).

As respostas das enfermeiras frente ao entendimento sobre o cuidado afetivo permitiram a construção de duas categorias: a) *bem-estar e autoconhecimento do profissional que cuida* e b) *ações psicológicas*.

A categoria *bem-estar e autoconhecimento do profissional que cuida* englobou os discursos que valorizam o quanto as condições pessoais, equilíbrio emocional e o autoconhecimento da enfermeira influenciam a qualidade da promoção do cuidado afetivo; destaque foi dado às expressões faciais e ao jeito de falar ao transmitir notícias ao cliente.

Para a pessoa passar um cuidado afetivo ela precisa estar bem, o próprio cuidador precisa saber como ele está; o equilíbrio emocional é importante, do contrário, a gente demonstra pouca paciência e tudo vai por água abaixo. A maneira como se dá uma orientação, precisa usar boas expressões faciais... (E1).

Já a categoria *ações psicológicas* reuniu a associação feita da afetividade com o papel da psicologia, com a importância da presença do psicólogo para dar apoio e ajuda na área.

A gente aqui se envolve, querendo ou não, são muitos pacientes da vascular, muitos amputados e cadê o preparo psicológico para eles se sentirem cuidados nessa parte da afetividade? O acompanhamento do paciente tinha que ser desde o ambulatório, mas isso aqui não existe, são poucos psicólogos. Eles ajudam e acalmam o paciente (E2).

Quando questionadas sobre as interferências na convivência com os idosos, as respostas foram classificadas em: *ligadas ao idoso*, *ligadas à dinâmica do trabalho* e *ligadas às adaptações ambientais e administrativas*.

As *ligadas ao idoso* foram traduzidas pelo fato dos idosos serem mais pacientes, pois já viveram muitas coisas e acabam aceitando melhor o atendimento, ou, ainda, por serem mais quietos e questionarem menos, demonstrando uma submissão pela equipe.

De verdade, cuidar de idoso é trabalhoso, ainda bem que eles aceitam as coisas que acontecem e deixam que o serviço seja feito. Querem contar suas coisas do passado, mas não perguntam muito não, e isso facilita... Não perguntam porque são experientes, já conhecem a rotina, estão sempre aqui e precisam confiar nos médicos (E4).

As *ligadas à dinâmica profissional* enfatizaram a rotina do serviço, a quantidade de afazeres que se acumulam no plantão e a dedicação ao idoso não é da maneira que se deseja por falta de condições, o tempo é escasso para se estar com eles na prática.

Muitos pacientes idosos na unidade, muitas tarefas a cumprir e o tempo para estar com eles, é reduzido mesmo (E5).

As interferências *ligadas às adaptações ambientais e administrativas* foram as que valorizaram o ambiente como um todo, que prevê maior segurança ao idoso, como grades em todas as camas, as adaptações feitas nos banheiros (piso, barras e abertura das portas) e a autorização dada para que todos tenham acompanhante durante a internação.

Eles arrumaram o hospital, até colocaram as barras de segurança e fizeram adaptações nos banheiros. Agora, eles até podem ficar com a família, e a família ajuda a gente (E1).

Tanto o que os idosos podem aprender com as enfermeiras durante a convivência hospitalar como, ao contrário, o que as enfermeiras podem aprender com eles, foram também fatores estudados. As percepções que as enfermeiras possuem a respeito dessas duas situações permitiram a construção de cinco categorias distintas: a) *os idosos aprendem o sentido global do cuidado*; b) *os idosos aprendem a diferenciar quem é a enfermeira*; c) *os idosos não têm muito a aprender*; d) *as enfermeiras aprendem a ter controle emocional* e e) *as enfermeiras aprendem a valorizar as dimensões não-verbais da comunicação*.

Os idosos aprendem o sentido global do cuidado foi a categoria que agregou os discursos com ênfase dada ao fato dos idosos terem a chance de dar significado ao cuidado prestado, visto que podem compreender na prática o valor de um cuidado bem-feito, o impacto favorável do cumprimento das orientações e da dieta sobre sua saúde.

Penso que os idosos conseguem perceber o sentido e os motivos de se fazer, o que se faz com ele. Quando ele entende, ele começa a ter mais atenção e aceitação das tarefas e que isso ajuda ele a ficar bom e ter alta logo (E5).

Os idosos aprendem a diferenciar quem é a enfermeira compôs a categoria com os discursos relacionados às oportunidades que são dadas, para que ele saiba o papel de cada membro da equipe.

De tanto o idoso ir e vir aqui na clínica, ele aprendeu quem é quem, e começa a exigir seus direitos; ele sabe que o enfermeiro é o chefe e que o auxiliar faz o que está prescrito. Dúvidas da doença, ele sabe que tem que tirar com o médico. De conviver com a gente sabe que fazemos, o que podemos (E3).

Os idosos não têm muito a aprender foi a categoria que reuniu o entendimento de que os idosos, por serem já experientes, são resistentes e não vão mudar sua opinião e continuarão a fazer e a seguir o que eles acreditam.

Pode ser que eu te assuste, mas na prática não vejo os idosos aprendendo nada mais que eles já acumularam na vida. Você acha que minha orientação vai trazer mudanças para um senhor de 80 anos, por exemplo? Se ele fuma, não vai parar...(E2).

Já a categoria *as enfermeiras aprendem a ter controle emocional* é composta das falas que mencionaram que os idosos exigem atenção e desejam que tudo seja realizado no tempo estreito e que, por serem carentes, não compreendem a complexidade da rotina da unidade.

Na verdade, eu aprendo a ser mais paciente, porque eles são exigentes, querem atenção o tempo todo e não sabem que temos tantas outras coisas para fazer; querem ficar contando aquelas histórias longas do passado e não tem como ficar com eles. Preciso, então, me controlar. Hoje, aprendi exatamente isso, a ficar mais controlada (E2).

Finalmente, a categoria *as enfermeiras aprendem a valorizar as dimensões não-verbais da comunicação* englobou a percepção de que dimensões como a paralinguagem, a tacética e a cinésica instrumentalizam o cuidado e favorecem o aprendizado que a relação oferece.

Aqui é uma unidade que eu gosto muito de trabalhar, lugar que eu testo minha paciência no sentido de observar melhor eles. Quando faço a visita, eu me posiciono na frente e vejo nos olhos, o que eles dizem e precisam, o pedido de atenção que não é dito. Pego na mão deles, converso e escuto, fico atenta e, assim, tenho um retorno melhor. Agradeço poder aprender com eles (E1).

Quanto ao sentir-se preparada para cuidar de idosos, 100% das enfermeiras informaram que, apesar de se sentirem preparadas, mencionaram perceber a necessidade de estudar aspectos específicos das áreas de geriatria e gerontologia; que possuem uma equipe de trabalho (enfermeiros e auxiliares) *até capacitados*, mas que não se sentem afinados com a área, atrapalhando o desempenho profissional; viveram outras experiências práticas, como trabalho em asilos, o que colabora significativamente na qualidade do atendimento que prestam e, ainda, que gostariam de ser avisadas sobre os cursos na área, mas que eles são escassos.

DISCUSSÃO

Os resultados atribuídos ao significado ao cuidado efetivo na Enfermagem assumiram dimensões que defendem a construção da competência do ser enfermeiro e que constam nas Diretrizes Curriculares Nacionais⁽¹⁵⁾, dentre elas, as competências técnico-científicas, expressas quando o enfermeiro é capaz de articular a ciência e a técnica, de conhecer mais sobre o cliente que está sob sua responsabilidade ao perceber e intervir em ações que modificam positivamente as situações de saúde-doença; incluem as competências socioeducativas, como maneira efetiva de promover a responsabilidade social e o compromisso com a individualidade e cidadania e, ainda, as competências

ético-políticas, ao reconhecer e agir eticamente, valorizando as diferenças existentes no indivíduo, além do diagnóstico médico.

A importância dada à interação do binômio enfermeiro-idoso vai ao encontro do descrito na literatura⁽¹⁶⁾ ao mencionar que o cuidado efetivo não se restringe a procedimentos exclusivamente técnicos ou ao conhecimento científico aplicado; ele transcende os aspectos físicos, pois representa uma união entre dois seres humanos, construída e baseada em suas experiências de vida, em que ambos revelam o seu ser, compartilham e resgatam a humanidade existente em cada um.

As enfermeiras citaram em seus discursos o bem-estar e o autoconhecimento como sendo características relevantes para a afetividade do cuidado, o que está em conformidade com os resultados de pesquisa⁽¹⁷⁾ onde se afirma que o aprendizado do autoconhecimento permite maior sensibilidade no tocar, no olhar, no saber sentir e captar emoções de quem se está cuidando, além de favorecer um comportamento empático que promove o bem-estar e o reconhecimento de seus próprios limites. Um cuidado humano efetivo/afetivo é realizado pelo diálogo, no qual a escuta é privilegiada e com espaço para perguntas abertas.

As ações psicológicas foram também ressaltadas pelas enfermeiras como sendo congruentes à afetividade e isso remete ao defendido por autores⁽¹²⁾ ao afirmarem que o psicólogo, quando incorpora e valoriza a multidimensionalidade do indivíduo, colabora na busca da assistência humanizada e de qualidade que se deseja fornecer ao cliente-família-equipe. Promover condições que favoreçam a expressão da afetividade gera no cliente a chance de sentir-se apoiado, esclarecido, informado, fortalecido, autônomo tanto para se relacionar melhor com a equipe que cuida dele como com a família que o ampara.

Em relação às interferências na convivência com os idosos, os discursos que valorizaram aspectos ligados ao idoso são consoantes à pesquisa desenvolvida em uma unidade geriátrica de um hospital público de São Paulo⁽¹⁸⁾ com auxiliares de enfermagem, em que se constatou que, mesmo não concordando com a frase *todo idoso dependente deve entrar na nossa rotina de trabalho*, os auxiliares reconheceram que a frase era uma realidade no cotidiano do hospital e, mais do que isso, era uma necessidade, uma vez que eles precisavam dar conta do trabalho no tempo estipulado e os idosos tendiam a ser submissos.

Já os discursos que compõem a categoria das interferências ligadas à dinâmica do trabalho, que destacou a escassez de tempo para estar ao lado do idoso, corroboram estudos que avaliam o transcorrer da profissão de Enfermagem, visto que esta tem sofrido modificações na dimensão de seu processo de trabalho. As enfermeiras vivenciam uma rotina de trabalho estressante, muitas vezes, sem planejamento operacional de suas atividades cotidianas, o que tem ocasionado desgaste, cansaço e sobrecarga, sobretudo por ter uma longa jornada de trabalho⁽¹⁹⁾.

Sabe-se da rotina imposta e da dificuldade para gerenciar o tempo de cuidado, mas, quando cuidamos de alguém, o relacionamento é construído compulsoriamente, inclusive no tempo de realização das ações técnicas do cuidar. A garantia da qualidade no convívio e no vínculo está por conta da opção *querer estar com o outro*; trata-se de uma decisão da enfermeira sobre como investirá no tempo que está com o outro, na intencionalidade de ver e observar e de comunicar-se conscientemente com o outro⁽²⁰⁾.

No convívio com o idoso, as interferências ligadas às adaptações ambientais e administrativas nos remetem aos achados que identificaram a estrutura física das unidades de internação como itens que atingem a qualidade do atendimento ao idoso hospitalizado. Neste estudo, houve expressão de descontentamento dado à inexistência de banheiros nos quartos ou quando existiam, não eram seguros, desprovidos de barras de segurança, com piso escorregadio ou espaço estreito para o uso seguro da cadeira de banho. Essa condição volta-se à legislação vigente⁽²¹⁾, que regulamenta a matéria e dá recomendações para que o hospital esteja adaptado de modo a permitir a segura locomoção e acomodação dos pacientes e seu adequado tratamento.

Na visão das enfermeiras, seu convívio com os idosos permite que eles aprendam o sentido global do cuidado prestado e diferenciar quem é a enfermeira; lamentavelmente, não como uma profissional autônoma e responsável por todas as etapas que compõem a sistematização da assistência de enfermagem e que intervém no processo de saúde-doença, mas como quem somente delega as funções operacionais aos demais membros da equipe⁽²²⁾. Outras enfermeiras consideraram que, por conta dos idosos serem *resistentes*, não aprendem mais, fato esse ratificado em estudo⁽⁵⁾ sobre a percepção do envelhecimento humano junto aos profissionais de saúde, que compreendem como sendo esta uma etapa da vida em que as doenças, fragilidades e incapacidades estão presentes. Reconhecem que os idosos possuem muitas experiências, mas que isso não traz muitas vantagens, visto que vivem isolados, não recebem carinho nem apoio e ainda não aceitam novidades, revelando respostas pessimistas e negativas.

Os resultados referentes ao aprendizado que a convivência com o idoso promove na enfermeira revelaram duas categorias. Na primeira, chamada de controle emocional, ficou evidenciado o ganho da paciência, contradizendo o descrito na literatura quando afirma que as correrias e desencontros provocados pelos eventos estressantes que permeiam os hospitais levam os enfermeiros, bem como os demais membros da equipe, ao esgotamento, gerador de profissionais impacientes, indiferentes, apáticos, cansados, dominados por estresse e desmotivados⁽¹⁹⁾. A segunda refere-se ao valor das dimensões não-verbais da comunicação, visto que a enfermeira percebe o quanto a observação não dita verbalmente pelo idoso instrumentaliza o cuidado a ser prestado. A valorização dos aspectos da comunicação não-verbal é referendada em muitos artigos que discutem a importância do saber posicionar-se, do olhar, do aproximar-se, do tom de voz adequado para qualificar as interações^(3,5-6,20).

O preparo para o cuidado em gerontologia foi objeto de investigação com as enfermeiras, que afirmaram que, apesar de se sentirem preparadas para executar suas atividades, percebem a necessidade de estudar aspectos específicos da área e nem sempre a equipe que lideram, está capacitada ou seus membros sentem-se afinados com esse tipo de paciente. Este resultado assemelha-se ao estudo que detectou que profissionais de saúde assumem possuir desconhecimento gerontológico e o lidar com as limitações do idoso não está claro, o preparo técnico está defasado, há confusão sobre o que é o processo de envelhecimento em si, existem preconceitos e estereótipos sobre quem é o idoso saudável, aspectos que acabam por provocar a prestação de cuidados voltados exclusivamente para o diagnóstico médico, dificultando, algumas vezes, o levantamento de dados específicos da Enfermagem e a expressividade da afetividade⁽⁵⁾.

CONCLUSÃO

De acordo com o objetivo proposto, percebeu-se que o entendimento sobre o cuidado efetivo envolveu o conhecimento que se deve ter do cliente em seu contexto social, bem como o atendimento de suas necessidades, extrapolando o cuidado técnico. O cuidado afetivo foi compreendido como aquele que requer o bem-estar e o autoconhecimento da enfermeira, já que as condições pessoais dela influenciam na promoção do cuidado afetivo. As ações promovidas pela psicologia hospitalar foram relacionadas como sendo condição que promove apoio e ajuda ao idoso e, consequentemente, favorece afetividade.

No convívio com os idosos, as interferências identificadas foram aquelas voltadas a eles, por serem pacientes e aceitarem com menor questionamento os cuidados oferecidos; unidas à dinâmica do trabalho, no qual o acúmulo de tarefas e a escassez de tempo foram valorizados e, ainda, ligadas às adaptações ambientais e administrativas, pois promovem a segurança e trazem-lhes conforto.

Na visão de algumas enfermeiras, o convívio dos idosos com elas permite que eles aprendam o sentido global do cuidado prestado e a diferenciar quem é a enfermeira; para outras, os idosos não são capazes de aprender, visto que são teimosos e resistentes, não estando abertos ao novo. Em relação ao aprendizado das enfermeiras com os idosos, pode-se considerar que elas aprendem a desenvolver paciência e controle emocional, pois os idosos exigem atenção e desejam que as tarefas sejam executadas prontamente e aprendem que a aplicação dos recursos das dimensões não-verbais podem instrumentalizá-las melhor na prestação do atendimento ao idoso. Citaram a necessidade de cursos específicos na área, como subsídio ao favorecimento de assistência com qualidade.

Saber o que as enfermeiras pensam, sentem e fazem proporciona oportunidade não só para reflexão da prática de Enfermagem, mas também permite que medidas reais sejam tomadas e fortaleçam o vínculo de quem cuida e de quem é cuidado. O ambiente físico e os recursos tec-

nológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Para atingir as mudanças na saúde e agregar a afetividade como ingrediente na qualidade do cuidado gerontológico prestado, pressupõe-se a alteração de conceitos profissionais, da perspectiva de atuação, da reformulação do método assistencial, do estudar e querer envolver-se consigo, com o outro e com as especificidades da área. Além de acompanhar as mudanças exigidas pelo novo contexto social, é necessário que o profissional de saúde reconheça que o cuidado deve embasar-se na integralidade daquele que é cuidado. Para tanto, o profissional deve utilizar a criatividade, a iniciativa e os recursos pessoais na construção da integração e interação entre pessoas, as que cuidam e as que são cuidadas.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro; 2002. (Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 9).
2. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(03): 700-1.
3. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: MS; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
4. Santos SSC. Enfermagem gerontogeriatrica: reflexão a ação cuidativa. 2ª ed. São Paulo: Robe; 2001.
5. Prochet TC. Capacitação em comunicação não verbal: um caminho para ações de cuidado efetivo/afetivo ao idoso [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
6. Silva MJP. O amor é o caminho: maneiras de cuidar. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2008.
7. Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
8. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. 3ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 2001.
9. Sá AC. O cuidado emocional em enfermagem. São Paulo: Robe; 2001.
10. Meyer DE, Waldow VR, Lopes MJM, organizadores. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artmed; 1998.
11. Bison RAP. Percepção do cuidar entre estudantes e profissionais de enfermagem [tese doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
12. Yanamoto OH, Trindade LCB, Oliveira IF. O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. *Psicol USP*. 2002;13(1):217-46.
13. Pessini L, Bertachini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *Mundo Saúde*. 2005;29(4):491-509.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2008.
15. Brasil. Ministério da Educação; Conselho Nacional de Educação; Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37.
16. Belcher JR, Fish LJB, Hildergard E. Peplau. In: George JB. Teorias de enfermagem. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000. p. 45-58.
17. Camacho ACLF, Santo FHE. Refletindo sobre o cuidar e o ensinar na enfermagem. *Rev Latino Am Enferm*. 2001;9(1):13-7.
18. Rodrigues MR, Brêtas ACP. As concepções de auxiliares de enfermagem quanto à relação de dependência-autonomia de idosos hospitalizados. *Texto Contexto Enferm*. 2003;12(3):323-31.
19. Silva BM, Lima FRF, Farias FSAB, Campos ACS. Jornada de trabalho: ator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(3):442-8.
20. Silva MJP. Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola; 2004.
21. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde [Internet]. Brasília; 2002 [citado 2010 jun. 15]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf
22. Bordin LC, Fugulin FMT. Nurses' time distribution: identification and analysis in a medical-surgical unit. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2010 July 15];43(4):833-40. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/en_a14v43n4.pdf